

Aleitamento materno entre mães adolescentes: um estudo sobre desmame na atenção básica, Iguatu – CE.

Maternal lactation between adolescent mothers: a study on it weans in the basic attention, Iguatu - CE.

Sonia Maria Monteiro Lacerda¹
Evanira Rodrigues Maia^{2*}

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo acompanhar a evolução da prática do aleitamento materno em mães adolescentes a partir do nono mês de gestação até o sexto mês de vida de seus filhos. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, realizado com dez adolescentes cadastradas no Programa de Saúde da Família do Iguatu-CE, no ano de 2006. Investigou-se os fatores envolvidos na manutenção ou não do aleitamento materno exclusivo nas referidas lactentes. Por motivos diversos, o desmame foi realizado em média noventa dias após o nascimento. Fatores como baixa escolaridade, baixa renda, atividade familiar sem apoio, falta de orientação, volta ao trabalho e/ou estudo, cansaço, influência externa, tabus e mitos como leite fraco foram apontados como causa do desmame precoce. Os resultados apontam para um despreparo das mães quanto às técnicas do aleitamento e suas vantagens, bem como insegurança quanto ao seu manejo, o que as vulnerabilizou ao desmame diante das dificuldades inerentes ao processo de amamentação. Este fato desponta para a necessidade de melhoria da qualidade do pré-natal em relação à promoção do aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Aleitamento materno desmame precoce, gravidez na adolescência.

Abstract

This study aimed to monitor the practice of breastfeeding in mothers from the ninth month of pregnancy until the sixth month of life for their children. This is a descriptive study, qualitative, conducted with ten adolescents enrolled in the Family Health Program of Iguatu-EC, in 2006. It was investigated the factors involved in maintenance or not of exclusive breastfeeding in these infants. For several reasons, weaning was performed on average ninety days after birth. Factors such as low education, low income, family activity with no support, lack of direction, back to work and / or study, fatigue, external influence, taboos and myths as low milk were identified as the cause of early weaning. The results indicate a lack of mothers in the techniques of breastfeeding and its benefits, and uncertainty regarding its management, which the vulnerable weaning in the face of difficulties inherent in the process of breastfeeding. This dawn of the need to improve the quality of prenatal care in relation to the promotion of exclusive breastfeeding.

Keywords: Maternal lactation, weans precocious, pregnancy in the adolescence.

1-Pós-Graduação em Saude Pública - Universidade Regional do Cariri-URCA. Rua Cel. Antonio Luis, 1161, Campus do Pimenta, Crato – CE.

2- Departamento de Enfermagem - Universidade Regional do Cariri-URCA. Rua Cel. Antonio Luis, 1161, Campus do Pimenta, Crato – CE – email: evanira@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Incentivar o aleitamento materno é, atualmente, objeto de campanhas mundiais, pois é sabido que o aleitamento materno e a estimulação adequada do bebê constituem fatores fundamentais para o desenvolvimento nutricional, motor, cognitivo e psicossocial dos mesmos, principalmente nos primeiros meses de vida.

A importância do aleitamento materno tem sido bastante discutida e documentada em publicações nacionais e internacionais. O leite materno traz inúmeros benefícios para a criança, como proteção contra infecções, contra diarreias, contra doenças respiratórias, entre várias outras (GIUGLIANI, 2002). O aleitamento materno exclusivo constitui-se no alimento ideal para o recém-nascido até os seis primeiros meses de vida (LEÃO, 1994).

A forma mais segura, eficaz e completa de alcançar o crescimento e desenvolvimento adequados de uma criança até o sexto mês de vida pós-natal é garantir o aleitamento materno exclusivo desde a primeira meia hora de vida extra-uterina, sendo essa prática alimentar fundamental para o lactente nessa faixa etária (OMS, 1994).

A lactância natural constitui a melhor opção do menor de seis meses, pela sua superioridade nutricional, defesa imunológica e ausência de agressão físico-química. Por este motivo, o desmame precoce, especialmente em mães adolescentes, pode acentuar a morbimortalidade das crianças (CARVALHO; TAMEZ, 2002). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) a estimativa é que, a cada ano, um milhão e meio de mortes poderiam ser evitadas por meio da prática do aleitamento materno.

O estudo realizado por Miura (1978) demonstrou que, quanto menor o tempo de amamentação, maior é a incidência de hospitalizações, de desnutrição e de mortalidade infantil.

A decisão materna de amamentar ou não e, por quanto tempo, parece ser baseada em diversos fatores tais como a motivação, o apoio familiar, a educação, o acesso à informação sobre as vantagens do aleitamento materno e treinamento adequado sobre as técnicas da amamentação (REZENDE, 2002).

WRIGHT (2001) afirma que, apesar dos grandes esforços desenvolvidos visando à promoção do aleitamento materno, os ganhos em termos de aumento da incidência e prevalência do aleitamento materno não têm sido o esperado. Para Carvalho (2004), em todo o mundo a amamentação exclusiva diminui rapidamente antes que o lactente complete os seis meses de idade.

Os índices do aleitamento materno estão sendo reduzidos entre mães de todas as faixas etárias, no entanto, são cada vez menores dentre as mães adolescentes que se apresentam mais resistentes à manutenção da amamentação exclusiva, além de se mostrarem mais inseguras quanto ao seu papel de mãe (REZENDE, 2002). Estes dados demonstram a seriedade da gravidez precoce no contexto da saúde e conseqüentemente dos seus impactos na morbimortalidade infantil e nas taxas de aleitamento materno exclusivo, tornando-se necessário à verificação até em que ponto estas mães adolescentes compreendem o seu papel no desenvolvimento dos seus filhos, através da prática da amamentação.

Outro fator de relevada importância, está em determinar quais os tipos de alimentos são oferecidos por estas mães adolescentes aos seus filhos, antes que

estes cheguem aos seis meses de vida? Quais as dificuldades encontradas por elas na promoção do aleitamento materno exclusivo? Qual o período dispensado por essas adolescentes ao aleitamento exclusivo? Quais os fatores que levam as mesmas ao desmame precoce? Quais os maiores entraves encontrados por elas para não amamentarem exclusivamente?

Assim, nos propomos a identificar a duração do período de amamentação entre mães adolescentes, com a finalidade de observar aspectos que possam influenciar no êxito desta amamentação.

MATERIAL E MÉTODOS

Por considerar o método como a parte mais relevante de um estudo, descreveremos os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa. Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. A escolha do tipo de estudo deve-se à adequação aos objetivos.

O lócus deste estudo foi a Unidade Básica de Saúde do bairro Areias, na cidade de Iguatu-Ceará, no período de janeiro a outubro de 2006. Esta UBS abrange todo o bairro e atende a um número estimado de 900 famílias: aproximadamente, 4.000 pessoas.

Teve sua fundação em março de 2005. Atualmente conta com uma enfermeira, um médico, uma auxiliar de enfermagem e três agentes de saúde. O serviço de odontologia é situado em uma Unidade fora da área.

As atividades desenvolvidas estão de acordo com a Portaria 648/2006, que

estabelece as ações a serem desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família.

A amostra constou de adolescentes grávidas cadastradas no pré-natal no serviço no período da coleta de dados. Estas foram acompanhadas desde o nono mês de gestação até o sexto mês de vida de seus filhos. Apesar do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB preconizar o aleitamento exclusivo até os quatro meses de vida, as mães foram acompanhadas até o sexto mês, por atender o critério pertinente. Das 12 adolescentes grávidas acompanhadas na Unidade, foram selecionadas 10 para a pesquisa de acordo com os seguintes critérios de inclusão e exclusão: a) Ser adolescente grávida cadastrada no serviço; b) data provável de parto dentro do período de estudo até completar seis meses; c) aceitar voluntariamente participar do estudo da pesquisa; d) ter condição de verbalizar.

Foram excluídas deste estudo, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, baseadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde: a) Mães com patologias crônicas ou distúrbio mental grave; b) Mães que por diagnóstico prévio de algum tipo de patologia, não terão condições de amamentar; c) Mães que se recusarem a participar da presente pesquisa, por qualquer motivo.

Utilizou-se como instrumento de coleta a observação não-participante através de visita domiciliar quinzenal e mensal na unidade, com registro em diário de campo. Justificamos a utilização desta técnica “por podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não podem ser obtidos por meio de perguntas, uma vez, observados

diretamente a própria realidade, transmitir o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (MINAYO, 2002). Para complementar os dados observáveis, utilizou-se a análise documental de prontuários das famílias, das fichas das gestantes e cartões das crianças, além da entrevista individualizada gravada no Serviço de Saúde e/ou domicílio. Esta foi do tipo semi-estruturada por constituir-se em instrumento que possibilita colher dados sobre aspectos subjetivos, como o processo de amamentação.

Os dados foram organizados individualmente contendo o estudo aprofundado da história da amamentação de cada mulher a partir do perfil socioeconômico e obstétrico das adolescentes, as características dos recém-nascidos e as visitas realizadas por dia. As falas foram submetidas a leituras flutuantes, que foram dispostas de modo a complementar os dados quantitativos. Os dados foram analisados na perspectiva de atender aos objetivos do estudo, compreendendo os fatores que levaram ao desmame precoce nas mulheres acompanhadas. Valemos-nos da literatura pertinente para discutir as situações encontradas. A apresentação dos dados se dará em forma de gráficos, tabelas e falas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A lactação insuficiente (falta de leite) é o motivo mais comum para a suspensão do aleitamento nas primeiras semanas. A incidência de lactação insuficiente primária é desconhecida.

Contudo, a lactação insuficiente origina-se mais comumente na má

administração da lactação; isso, por sua vez, pode resultar de práticas institucionais rotineiras como suplementação com mistura de água com glicose, omissão da amamentação noturna até que o leite maduro surja e horários arbitrários de alimentação.

Essas práticas podem comprometer a adaptabilidade da ligação entre mãe e bebê e interromper as interações necessárias para um aleitamento bem sucedido.

Do mesmo modo, o uso indiscriminado da mamadeira para suplementar a amamentação nos primeiros dias do recém-nascido pode causar confusão com o uso do bico da mamadeira, fazendo com que o recém-nascido recuse o seio na próxima vez que este lhe for oferecido. Quando ocorrer esse problema, a disponibilidade de uma fonte alternativa de alimentação infantil pode levar a mãe a trocar para as fórmulas comerciais, em vez de tentar corrigir o problema (KENNER, 2001, p. 126).

Quanto às condições do domicílio na população estudada, três residiam em casa alugada e sete em casa própria. Todas eram de alvenaria, cinco com piso em cerâmica e cinco piso em cimento. Todas tinham banheiro, fossa e água encanada com coleta de lixo. No entanto, o saneamento, no que se refere à coleta e tratamento de esgotos e dejetos, não é um serviço ofertado a esta população, o que pode constituir-se em risco para a saúde dos lactentes.

O Gráfico I sumariza os dados referentes ao ganho de peso das crianças estudadas, desde o nascimento até os seis primeiros meses de vida.

A amamentação poderá ser única e exclusiva até o sexto mês de vida desde

que a mulher o faça adequadamente e que a criança apresente parâmetros de desenvolvimento (peso e altura) compatíveis com sua idade. A partir do sexto mês deverão ser incluídos outros alimentos (SANTOS, In: SCHMITZ et al., 2005, p. 38).

Apenas a Criança 3 apresentou risco alto para a desnutrição, devido o baixo ganho de peso no primeiro mês de vida. Esta situação também pode ser observada no segundo mês de vida do infante. Após o terceiro mês a criança passa a ter ganho de peso aceitável, e ao sexto mês consegue obter peso de acordo com o estabelecido no percentil dessa faixa etária pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Observa-se que a genitora realizou cinco consultas de pré-natal. Apesar desse fato, a mãe afirma:

“Fui acompanhada pela enfermeira com muita assistência no meu pré-natal e ela me orientou para amamentar o bebê quando nascesse” (Mãe, 3).

As orientações dadas podem não ter sido apreendidas corretamente, pois o período de amamentação ocorreu até o segundo mês. Isso pode ser decorrente do baixo nível socioeconômico, baixo nível de instrução e pouca idade.

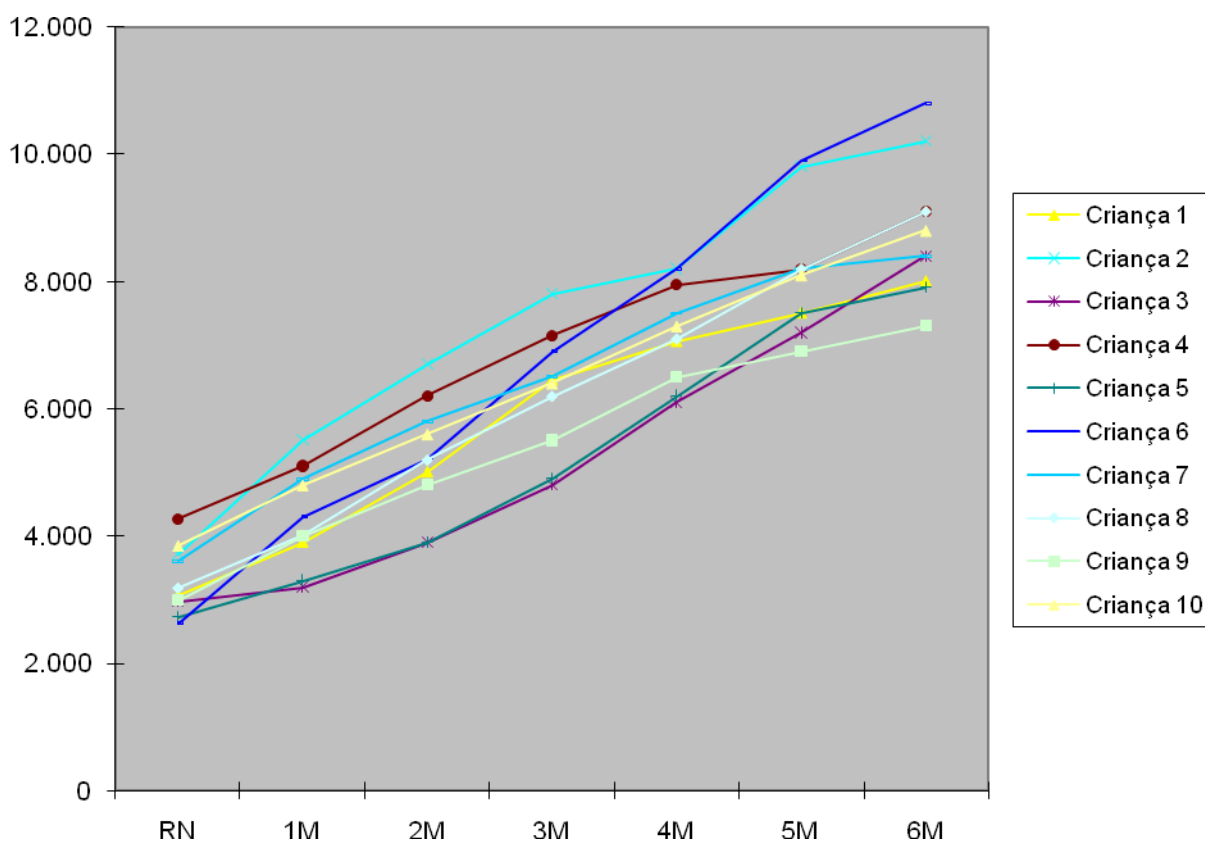


Figura 1 – Relação Ganho de peso em crianças acompanhadas em uma USB. Iguatu, Ceará, 2006.

“

A enfermeira pode ajudar a evitar um resultado adverso do aleitamento ensinando a paciente a respeito da fisiologia da lactação, fornecendo-lhe orientação antecipada sobre o curso normal da amamentação e certificando-se de que a paciente sabe como obter informação e suporte após a alta. Embora a disponibilidade de acompanhamento varie, algumas enfermeiras de saúde comunitária fazem visitas domiciliares de rotina após o nascimento do bebê.

Do mesmo modo, o auxílio de uma enfermeira de lactação tem prolongado significativamente o aleitamento durante as primeiras quatro semanas e entre mulheres de baixo nível socioeconômico. O suporte profissional e leigo ao aleitamento pode ser conseguido em uma das muitas entidades dedicadas a promover as vantagens do aleitamento materno” (KENNER, 2001, p. 127).

A mãe também queixa-se de má-alimentação, o que pode acarretar em uma redução da produção do leite, com menos gordura, o que causa pouco aumento de peso. “Mães moderadamente desnutridas podem produzir leite suficiente. Nutrizes severamente desnutridas podem produzir menos leite, com menos gordura do que nutrizes eutróficas. Seus filhos podem necessitar mais do que a produção normal de leite e parar de ganhar peso algumas semanas antes do habitual, especialmente se sugam menos por alguma razão” (KING, 1998, p. 72).

Já a criança 5 foi a única que obteve amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses. O gráfico demonstra uma curva de peso considerada dentro dos padrões normais. Apesar de não ter tido apoio dos

familiares para amamentar, foi bem assistida e orientada pelo profissional de saúde:

“Fui incentivada pelo profissional de saúde, através de palestras e treinamento” (Mãe, 5).

Observa-se ainda que a mãe tem uma boa situação socioeconômica, bem como de instrução. “O apoio e o estímulo de auxiliares de Saúde são essenciais, especialmente para iniciar o aleitamento materno e para ajudar nos problemas precoces. Devem oferecer à nutriz orientação eficiente e atualizada, transmitida com simpatia e paciência. Devem assegurar a cada mãe que ela realmente pode amamentar” (KING, 1998, p. 5).

Quanto às outras mães, três mantiveram uma média de aleitamento de 4,5 meses, nas quais pôde-se constatar uma semelhança entre elas com relação à situação econômica, escolaridade, número de filhos, consultas pré-natal, apoio e orientação, além de não relatarem dificuldades para amamentar. O diferencial foi o motivo do abandono à amamentação, pois duas mães citaram volta ao trabalho e uma queixou-se de leite fraco.

“Devido ter voltado a trabalhar, tive que introduzir outra alimentação” (Mãe, 1).

“Voltei a trabalhar, tive que dar mamadeira, mas não deixei de dar o peito” (Mãe, 2).

“Minha filha chorava muito, e quando dei outro leite para completar ela passou a dormir melhor” (Mãe, 9).

As mães 4 e 6 tiveram um período de aleitamento muito curto, idades diferentes,

escolaridade equiparada, parto normal, seis consultas pré-natal, inclusive coincidiu o motivo do desmame: choro do bebê e leite fraco. Como disseram:

“Porque meu bebê não se satisfazia só mamando, chorava muito” (Mãe, 4).

“Meu filho chorava muito, eu achava que não se satisfazia, meu leite era fraco e ele ficava com fome” (Mãe, 6).

Já as mães 7 e 8 têm escolaridade semelhante, as consultas pré-natal foram em igual número (oito) e mantiveram uma média de 2,5 meses de aleitamento. Quanto ao motivo do abandono, foi citado somente o leite fraco, segundo o relato:

“Achava que o leite era pouco e fraco. Não tive paciência e quando o bebê chorava, eu achava que era fome e introduzia outra alimentação” (Mãe, 7).

“Deixei a amamentação porque meu bebê não estava matando a fome e sempre ficava chorando” (Mãe, 8).

A mãe 10 tem todas as características das outras mães, com diferença no número

de consultas pré-natal, que foram 9. Mas nela se observa uma peculiaridade com relação ao motivo do abandono. Esta mãe cita a falta de apoio da família e o não gostar de amamentar, principalmente à noite. Como diz:

“Não tive apoio de minha mãe e minha avó, pois elas reclamavam porque o meu bebê chorava muito à noite” (Mãe, 10).

“Porque não gostava de amamentar, principalmente à noite” (Mãe, 10).

Com base na análise dessas mães, comprova-se o que diz Laises Braga Vieira (2002, p. 111) quando cita que as razões mais freqüentes para a interrupção precoce do aleitamento materno são as seguintes: leite insuficiente, rejeição do seio pela criança, trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”, hospitalização da criança e problemas no seio.

Acredita-se que, entre as razões alegadas pelas mães, encontram-se ocultos fatores de ordem emocional e erros e técnicas no aleitamento, principalmente a administração de mamadeiras entre as mamadas no seio. Quanto às demais características relacionadas às mães que contribuíram para o desmame precoce podemos observar nos gráficos a seguir

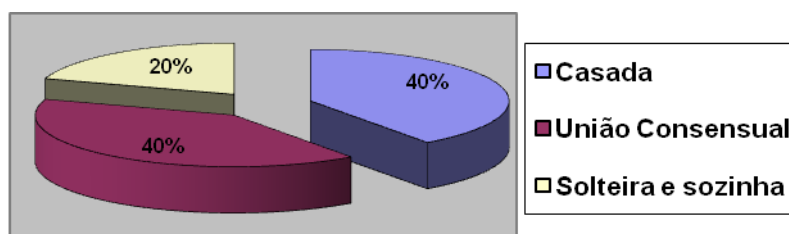


Figura 2: Estado civil das mães participantes do estudo. Iguatu, Ceará, 2006

Quanto ao estado civil podemos perceber que quatro são casadas, duas solteiras e quatro vivem em união estável.

Observa-se que a maternidade na adolescência tem suas peculiaridades, tornando-as especiais nos diversos segmentos da vida. Portanto, sabe-se que elas são motivos de estudo e análise.

Quanto ao estado conjugal, em estudo realizado por Denise Ataíde e Luiz Francisco Marcopito, foi constatada uma grande influência com referência ao desmame

precoce. As análises bivariada e multivariada mostraram que, em mães adolescentes, a existência de vida conjugal favoreceu o desmame. Uma explicação para este achado seria aquela proposta pelos peritos da Organização Panamericana de Saúde: frente à gravidez e à maternidade, a adolescente tem muitos transtornos emocionais, incapacidade de imaginar-se desempenhando o papel de mãe, sentimento de negação, isolamento e o pai da criança não tem lugar em sua vida (FROTA; MARCOPITO, 2004, p. 90 - 91). Em relação à idade, a Figura 3 seguinte mostra:

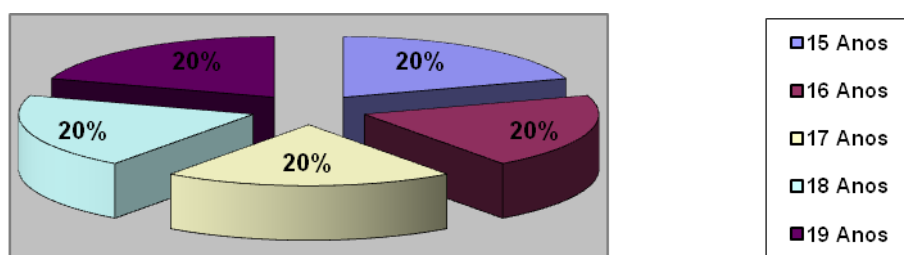


Figura 3: Idade das mães participantes. Iguatu, Ceará, 2006.

Quanto à idade, duas mães tinham 15 anos; duas 16 anos; duas 17 anos; duas 18 anos e duas 19 anos. Observemos que neste estudo, as mulheres adolescentes eram maiores de 14 anos, o que reduz os riscos gestacionais. “Tal como a decisão da paciente de amamentar no início, a decisão de suspender envolve muitos fatores, incluindo a idade, atitudes familiares ou sociais em relação à amamentação, a situação socioeconômica ou o nível de

instrução. Por exemplo, uma mãe adolescente pode parar de amamentar quando conclui quanto tempo a energia ela gasta; uma primípara que é a primeira mulher da família a amamentar pode se sentir pressionada a parar se surgirem problemas” (KENNER, 2001, p. 126). Outro fator comumente relacionado ao desmame precoce é a instrução da genitora. O Gráfico 4 demonstra essa situação.

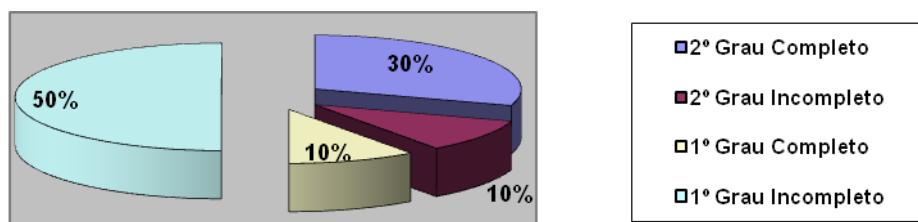


Figura 4: Escolaridade das mães informantes. Iguatu, Ceará, 2006.

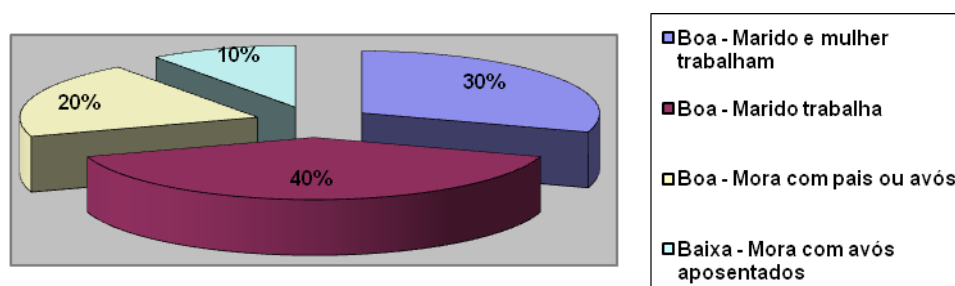


Figura 5: Situação econômica. Iguatu, Ceará, 2006.

Percebe-se que as mães com uma situação sócio-econômica melhor permaneceram por mais tempo fazendo o aleitamento materno. Observa-se que estas mães tiveram maior facilidade para compreender e aceitar as recomendações da Equipe de Saúde. E em algumas situações, mesmo diante de dificuldades, persistiram e só realizaram o desmame em casos realmente necessários.

A situação sócio-econômica tem grande influência na manutenção da amamentação, visto que muitas mães não podem parar de trabalhar durante os seis meses da amamentação exclusiva, com uma remuneração suficiente para a manutenção da família e vêem as campanhas oficiais com

sentimento de culpa. Apesar das determinações da legislação brasileira quanto à obrigatoriedade de creches e o tempo de duas pausas de meia hora para amamentar, como no caso da empregada doméstica, a trabalhadora rural e a autônoma não são beneficiadas com esta regalia.

Segundo Vitória Pamplona, observamos os mais variados arranjos familiares em nossa sociedade, na qual muitas mulheres são como chefes de família, no sentido de serem únicas provedoras materiais. Assim sendo, as campanhas oficiais pró-amamentação exclusiva até seis meses e parcial até dois anos, em muitos casos, apenas provocam sentimentos de culpa e de desamparo nas mulheres

trabalhadoras que se vêem sem condições de apoio para concretizar a amamentação (TAMEZ, In: CARVALHO, 2002, p. 99).

Segundo Rosa Maria Ruocco (2005, p. 374), embora os indiscutíveis benefícios do aleitamento materno sejam conhecidos amplamente, os dados oficiais do nosso país

demonstram que o aleitamento tem diminuído consistentemente por vários motivos, como a desinformação e os fatores sócio-econômicos ligados à industrialização (êxodo rural e mudanças nos núcleos familiares), gerando maiores taxas de desnutrição e de morbiletalidade infantil conseqüentes ao desmame precoce.

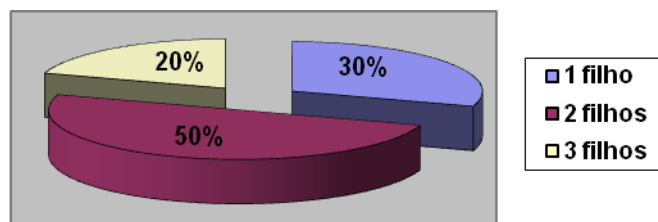


Figura 6: Número de filhos. Iguatu, Ceará, 2006.

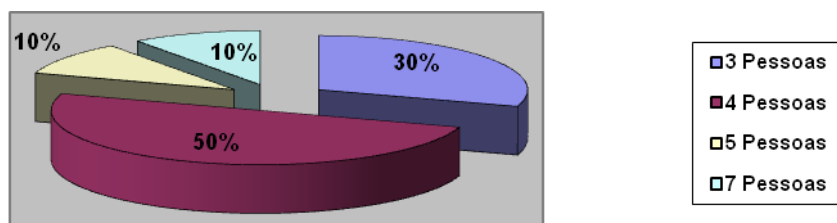


Figura 7: Número de pessoas no domicílio. Iguatu, Ceará, 2006.

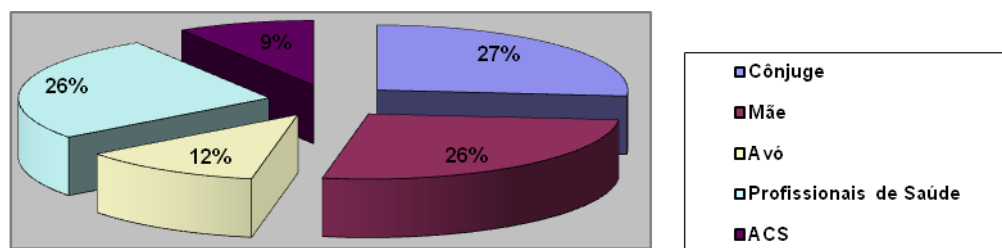


Figura 8: Apoio para amamentar. Iguatu, Ceará, 2006.

Observa-se que o apoio foi recebido principalmente por membros da família. Em muitos estudos estes são apontados como os maiores responsáveis pelo desmame precoce. O apoio e a ajuda de pessoas da família, dos vizinhos e dos amigos podem contribuir para a decisão de amamentar e, conseqüentemente, para o seu sucesso, até mesmo nas mulheres solteiras, mas que têm um companheiro fixo para dividir as responsabilidades do lar e as dificuldades no cuidado com a criança (ABRÃO; PINELLI, 2002, p. 360).

O aconselhamento e apoio pelos profissionais de saúde são de suma importância para o sucesso do aleitamento materno. Para tanto, além de conhecimento em aleitamento materno é necessário habilidade para uma comunicação eficiente com a paciente, ajudando-a a tomar decisões, ouvindo-as com interesse sem julgamentos ou imposições. Uma vez que o aleitamento é uma decisão exclusiva da mãe, cabe ao profissional aceitar as opiniões e sentimentos das mães sem precisar concordar ou discordar com os seus pensamentos.

Segundo Ducan, as técnicas utilizadas no aconselhamento em amamentação facilitam o sucesso da mesma e elas podem variar de acordo com a época e o momento em que é feito. Mas para que a mãe amamente com sucesso ela necessita de um ambiente no qual as pessoas que a cercam, principalmente marido, companheiro, mãe e sogra, dêem opinião e incentivo para tanto (GIUGLIANI, In: DUCAN et al., 2004, p. 225).

Mais uma vez entra a participação dos profissionais de saúde, pois como relata Ducan, cabe ao profissional de saúde dar atenção ao novo pai e estimulá-lo a participar desse período vital para a família. Além dos pais, os profissionais de saúde devem tentar envolver as pessoas que têm uma participação importante no dia-a-dia das mães e das crianças, como avós e outros parentes. A figura das avós é bastante presente na cultura brasileira, mesmo em populações urbanas. Elas costumam exercer grande influência sobre as mães, o que pode favorecer ou dificultar a amamentação (GIUGLIANI, In: DUCAN et al., 2004, p. 230)

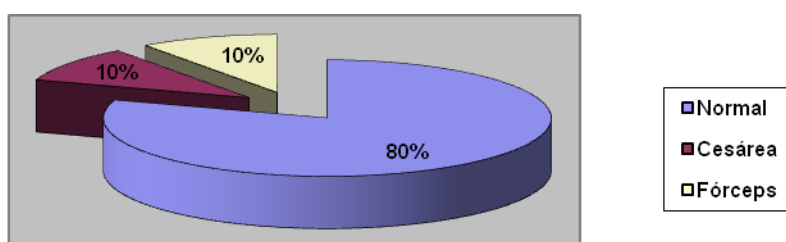


Figura 9: Características do Parto. Iguatu, Ceará, 2006.

No que diz respeito ao tipo de parto realizado, 8 mães tiveram partos normais, 1 cesárea e 1 tipo fórceps. A mãe que realizou

o parto cesárea amamentou durante 4 meses, e fez o desmame porque necessitava voltar ao trabalho. Sendo assim, a condição

da cirurgia não a impossibilitou de realizar o aleitamento materno.

Nos países desenvolvidos onde o padrão de vida é alto, existindo um verdadeiro serviço de Saúde Pública com fiscalização dos tratamentos da água e dos alimentos, a alimentação por mamadeira é um método seguro (NUNES, In: SCHMITZ et al., 2005, p. 251).

Isto já não acontece com os países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a maior parte da população vive em condições de saneamento precárias, tornando principalmente a alimentação artificial um sistema arriscado para a saúde das crianças, em função da má qualidade do leite e inadequado manejo da mamadeira (NUNES, In: SCHMITZ et al., 2005, p. 251).

Percebe-se que as principais causas para o desmame precoce são: o retorno ao trabalho, choro noturno, mitos e tabus e falta de apoio dos familiares. A fala a seguir demonstra os motivos da mãe para desmamar.

“Achava que o leite era pouco e fraco. Não tive paciência e quando o bebê chorava, eu achava que era fome e introduzia outra alimentação” (Mãe, 7).

Segundo King (1998, p. 81), “uma das razões mais comumente alegadas pelas mães para não amamentar é o retorno ao trabalho. As mulheres sempre trabalharam, especialmente nos seus anos de maior fertilidade”.

Outros obstáculos relacionados a fatores sócio-econômicos e culturais:

- Desinformação da população e profissionais da área de saúde sobre as vantagens e importância do aleitamento materno;

- Não cumprimento da legislação: creches em locais de trabalho, horário especial para amamentação, etc.;
- Propaganda dos substitutos do leite humano;
- Existência de rotinas hospitalares que retardam, obstaculizam e impedem a prática do aleitamento natural: confinamento de recém-nascidos em berçários, horários rígidos de amamentação, administração de líquidos nos intervalos das mamadas, início da amamentação tardio, etc.;
- Tabus relacionados à amamentação;
- Falta de preparo da mulher no período pré-natal para amamentação;
- Atitudes negativas em relação ao aleitamento materno;
- Falta de suporte para a mulher no período pós-natal;
- Peculiaridades da fase de lactação – fantasia/realidade (SANTOS, In: SCHMITZ et al., 2005, p. 36).

Como regra geral, as mulheres que amamentam não necessitam evitar determinados alimentos. Entretanto, se as mães relacionarem algum efeito na criança de algum componente de sua dieta, ela pode fazer a prova terapêutica: retirar o alimento da dieta por algum tempo e reintroduzi-lo, observando atentamente os sintomas após a reintrodução do alimento. Caso os sintomas da criança melhorem substancialmente com a retirada do alimento e piorem com a reintrodução do mesmo, ele deve ser evitado. Em famílias com história de alergia importante, pode ser útil na prevenção de eczema e sintomas gastrintestinais em crianças amamentadas a recomendação de uma dieta hipoalergênica para a nutriz, evitando os principais alérgenos alimentares – leite de vaca, ovos, trigo e nozes (GIUGLIANI, In: FREITAS et al., 2006, p. 318).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas mulheres conseguem amamentar sem nenhuma dificuldade, entretanto, parte delas necessita de ajuda, especialmente com o primeiro filho e se forem muito jovens. Entre as pessoas que podem dar apoio e orientação, estão: as mulheres da família, o cônjuge, grupos de mães e profissionais de Saúde.

Em geral, as mulheres têm leite suficiente e de boa qualidade para a amamentação. Entretanto, a desnutrição da mãe leva a uma produção deficiente de leite com conseqüente baixo ganho de peso para o bebê. Portanto, uma mãe bem nutrida ajuda a produzir leite saudável e nutritivo para o seu bebê, sendo suficiente a amamentação exclusiva nos 6 primeiros meses.

As principais causas do desmame precoce neste estudo foram: retorno ao trabalho, choro noturno, leite insuficiente, falta de apoio dos familiares, falta de paciência com o choro do bebê, mitos e tabus.

Crianças alimentadas artificialmente apresentam diarreia e outras infecções com mais freqüência, bem como podem tornar-se desnutridas, visto que o leite artificial não contém os nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento. Também há um custo para o seu consumo, pois muitas mães pobres não têm condições de comprar leite em quantidade suficiente para seus filhos.

Todos os profissionais de Saúde, comunidades e familiares devem estimular a prática do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses e aleitamento misto pelo menos até os 2 anos, pois o leite materno é a forma única e perfeita para alimentar a criança.

ABRÃO, A. C. F. V.; PINELLI, F. G. S. Prática da enfermagem no aleitamento materno. In: BARROS, S. M. O. de; MARIN, H. F.; ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. 1. ed. São Paulo: Editora Roca, 2002. cap. 18. p. 332 – 367.

ALBERTI, V. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1989.

ANDRÉ, M. C. D. A. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. **Caderno de Pesquisa**. v. 45, p. 66 - 71, maio, 1983.

ARAÚJO, G. **Saúde de todos, para todos e por todos**. Homepage. Disponível na Internet.

<<http://dietanet.hpg.ig.com.br/incentivo.html>>. Acesso em: 19 de Set. 2002.

ARCOTTI, B. L. et al. O aleitamento materno é um direito das mães e das crianças. **Revista Paulista de Medicina**. São Paulo, v. 19, n. 106, p. 102-109.

AURÉLIO, K. L. Pediatria educador: professor, pediatria e educador. **Sinopse de pediatria**. São Paulo, v. 3, p. 35-37, 1988.

BITAR, M. A. F. **Aleitamento materno: um estudo etnográfico sobre os costumes crenças e tabus ligados a esta prática**. [dissertação]. Belém: Centro de Ciências da Saúde Departamento de Enfermagem/ Universidade Federal do Pará, 1995.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOWLBY, J. **El vínculo afectivo**. Buenos Aires: Piados, 1976.

BRIEND, T. **Bebês e mãães, hoje e sempre**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

CARVALHO, M. R. **A situação do aleitamento materno no Brasil**. Homepage. Disponível na Internet.

<http://www.aleitamento.med.br/a_artigos.asp?id=3&id_artigo=46&id_subcategoria=4>.
Acesso em: 24 de Abr. 2004.

CARVALHO; TAMEZ. **O aleitamento materno no Brasil e no mundo**. Homepage. Disponível na Internet.

<http://www.aleitamento.med.br/a_artigos.asp?id=7&id_artigo=62&id_subcategoria=4>.
Acesso em: 28 de Dez. 2002.

CLARK, C. **O livro do aleitamento materno**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1984.

DAVIS, H. A.; BRITISH, MED J. A importância do leite materno e o incentivo pré-natal na amamentação primíparas. **Jornal de Pediatria**. v. 54, p. 16-21, 1989.

FERGUSON, B. L. et al. African-American and Latina adolescent mother's infant feeding decision and breastfeeding practices: a qualitative study. **J. adolesc Health**. v. 24, p. 257-261, 1987.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FORMAN e col. The role of lactation specialists: a guide for physicians. **Pediatr Clin North Am**. v. 45, n. 2, p. 517-523, 1985.

FROTA, D. A. L.; MARCOPITO, L. F. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 1, p.85 - 92, fev., 2004. Bimestral. ISSN 0034-8910.

GESTEIRA, M. O problema da hipogalactia. Indicações da amamentação mercenária. Indicações e técnica da alimentação mista. In: GESTEIRA, M. **Puericultura**. 3 ed. Rio de Janeiro: Panamericana, 1957. p.114-130.

GIUGLIANI, E. R. J. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: DUCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 22. p. 225 - 232.

GIUGLIANI, E. R. J. Alojamento conjunto e amamentação. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. parte 2. cap. 26. p. 312 - 322.

GULICK, B. O. O estímulo ao aleitamento materno. **Informativo UFRJ**. Rio de Janeiro, 1986.

KENNER, C. Nutrição infantil. In: _____. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de

Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001. cap. 4. p. 111-157.

KING, F. S. Introdução. In: _____. **Como ajudar as mães a amamentar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. cap. 1. p. 1 - 5.

KING, F. S. Problemas tardios e manutenção da lactação. In: _____. **Como ajudar as mães a amamentar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. cap. 6. p. 61 - 85.

LEÃO, E. Os desafios atuais da nutrição. **Rev. Méd. Minas Gerais**. v. 15, n. 2, p. 76, 1994.

MIURA, E. Leite materno, desnutrição e infecção. **Revista da associação Médica do Rio Grande do Sul**. v. 22, p. 8-15, 1978.

MONTEIRO e col. The role of lactation specialists. A guide for physicians. **Pediatr Clin North Am**. v. 51, n. 4, p. 325-416, 1987.

NUNES, M. A. F. Aleitamento por mamadeira. In: SCHMITZ, E. M. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. cap. 23. p. 251 – 257.

Organização Mundial da Saúde (OMS) Lactação. In: Organização Mundial da Saúde (OMS) **Alimentação infantil bases fisiológica**. São Paulo: IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, OMS, OPAS e UNICEF Brasil, 1994. p. 17-35.

_____. (OMS) **Fatores de saúde que podem interferir na amamentação**. In: Organização Mundial da Saúde (OMS) **Alimentação infantil bases fisiológica**. São Paulo: IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, OMS, OPAS e UNICEF Brasil, 1996. p. 39-48.

ORGANIZAÇÕES DA NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Relatório human rights**. Brasília, 1994.

ORNELLAS, L. H. Alimentação na idade antiga. In: ORNELLAS, L. H. **A alimentação através dos tempos**. Rio de Janeiro: FENAME, 1978. p. 9-49.

REZENDE, M. A. et al. **Reflexão sobre os métodos qualitativos da pesquisa em enfermagem e amamentação**. Texto mimeografado, 2002.

RICCO, R. G. Aleitamento natural. In: WOISKI JR. **Nutrição e dietética em pediatria**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 1995. p. 55-88.

RUOCCO, R. M. de S. A. Lactação e promoção do aleitamento materno. In: ZUGAILO, M.; RUOCCO, R. M. de S. A. **Pré-natal**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 37. p. 369-381.

SANTOS, E. K. A. dos. Aleitamento materno. In: SCHMITZ, E. M. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. cap. 23. p. 25 – 48.

SAVILAHTI, H. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde:** algumas estratégias para a integração e comentários similares. Publicação da Escola de saúde Pública do Ceará. Temas Livres. Fortaleza, 1987.

SCHMIDT, D. **História da Civilização.** São Paulo: Scipione, 2000.

SILVA, A. A. M. **Amamentação: fardo do desejo? Estudo histórico social dos deveres e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira.** [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, 1990.

TAMEZ, R. N. Aspectos psicológicos na lactação. In: CARVALHO, M. R. de. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 8. p 96-105.

TRIVINÕS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. In: Trivinõs, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990. p. 116-173.

TUDISCO, E. S.; MANUEL, N. D. E. J.; GOLDENBERG, P.; NOVO, N. F.; SIGULEM, D. M. Avaliação do estado nutricional materno e duração do aleitamento natural. **Revista de Saúde Pública.** v. 18, p. 313-322, 1984.

UNICEF/MS. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.** Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Manejo e promoção do aleitamento materno. Brasília: OMS/OPAS/UNICEF, 1993.

VICTORA, C. G.; BEHAGUE, D. P.; BARROS, F. C.; OLINTO, M. T. A.; WEIDERPASS, E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? **Pediatrics.** v. 99, p. 445-53, 1997.

VICTORA, C. G. et al. Infant feeding and deaths due to diarrhea: a case-control study. **American Journal of epidemiology.** v. 129, p. 1302-1341, 1989.

VIEIRA, L. B. Pré e pós-natal. In: CARVALHO, M. R. de. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 9. p 107-111.

VINHA, V. H. P.; SCOCHI, C. G. S. Aleitamento materno - evolução histórica. **Femina.** v. 17, n. 10, p. 819-823, outubro, 1989.

WRIGHT, A. L. The rise breastfeeding in United States. **Pediatr Clin North Am.** v.